El servicio público es de todos | Función Pública

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ALZATE	MEJIA	MARIA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (●) C.E ( ) PAS ( ) No. 38565527	F (●) M ( )	COL. (●) EXTRANJERO ( )	Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 05	MES 06	AÑO 1982	Carrera 46 #8 B 95 Apto. 706 B. UR. Torres de Tequendama Tequendama			
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Valle del Cauca
DEPTO	Valle del Cauca			MUNICIPIO	CALI		
MUNICIPIO	CALI			TELÉFONO	3729638	EMAIL	patoal82@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 07 AÑO 1999

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		FISIOTERAPIA	12	2008	38565527
ES	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL	05	2010	

experiencia laboral

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Secretaria del Deporte y la Recreación	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Valle del Cauca	CALI	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO

	DÍA 16 **MES** 03 **AÑO** 2020	**DÍA** 15 **MES** 07 **AÑO** 2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL Profesional 1 Sistemas de Gestion y control integrado	**DEPENDENCIA** Recursos Humanos	**DIRECCIÓN** Calle 9 #37 A 01

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Secretaria del Deporte y la Recreacion de Santiago de Cali	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	**MUNICIPIO** CALI		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 5566409	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 29 **MES** 07 **AÑO** 2019		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 10 **AÑO** 2019
CARGO O CONTRATO Profesional 1 Sistemas de Gestion y control integrado	**DEPENDENCIA** Planeacion - SIG		**DIRECCIÓN** Calle 9 # 37 A 01

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Servicare	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	**MUNICIPIO** CALI		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 4897266	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 11 **MES** 11 **AÑO** 2017		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 06 **AÑO** 2019
CARGO O CONTRATO Fisioterapeuta Especialista SO	**DEPENDENCIA** Seguridad y Salud		**DIRECCIÓN** Avenida 5 N #37 AN 74

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Sinergia Salud	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS**
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 3180038	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 08 **AÑO** 2016		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 18 **MES** 08 **AÑO** 2017
CARGO O CONTRATO Analista	**DEPENDENCIA** Recursos Humanos		**DIRECCIÓN** Calle 5 Carrera 69

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Procare Salud Ocupacional	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	**MUNICIPIO** CALI		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 4899941	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 15 **MES** 07 **AÑO** 2015		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 22 **MES** 07 **AÑO** 2016
CARGO O CONTRATO Coordinadora Seguridad y Salud	**DEPENDENCIA** Seguridad y Salud		**DIRECCIÓN** Calle 20 N #5 N 07

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Intersalud Ocupacional	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	**MUNICIPIO** CALI		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 6676857	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 05 **MES** 03 **AÑO** 2014		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 10 **MES** 08 **AÑO** 2015
CARGO O CONTRATO Prestación de Servicios	**DEPENDENCIA** Asesorias		**DIRECCIÓN** Avenida 7 N #23 N 27

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ○ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDADE

INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES,(ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____
Ciudad y fecha NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co